



# Traitement des TVP à la phase aiguë en 2012

**Stéphane ZUILY**

**MCU-PH**

**Unité de Médecine Vasculaire – CHU de Nancy**

*Centre de compétence régional maladies vasculaires rares*

**Université de Lorraine – INSERM U961**

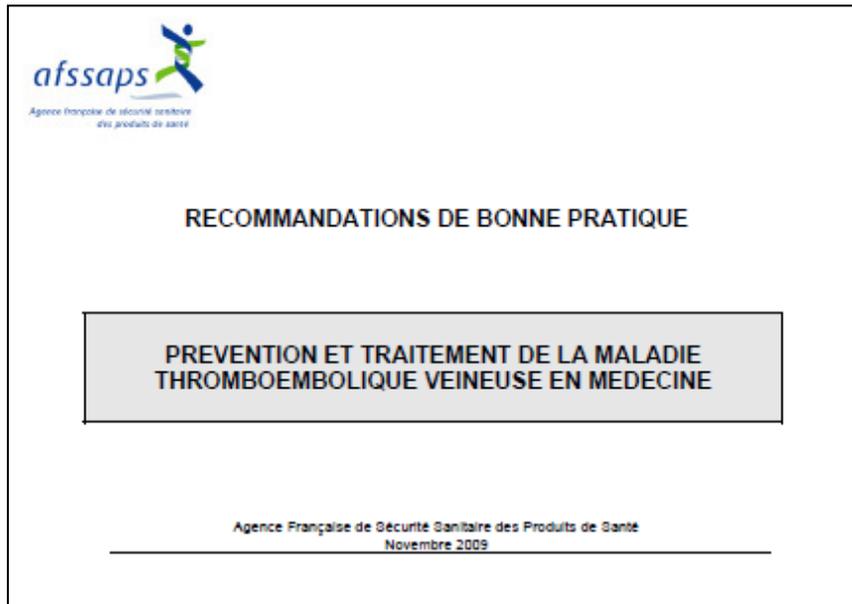
*Risque cardiovasculaire, rigidité-fibrose et hypercoagulabilité*

**Lyon, Vendredi 14 Septembre 2012**

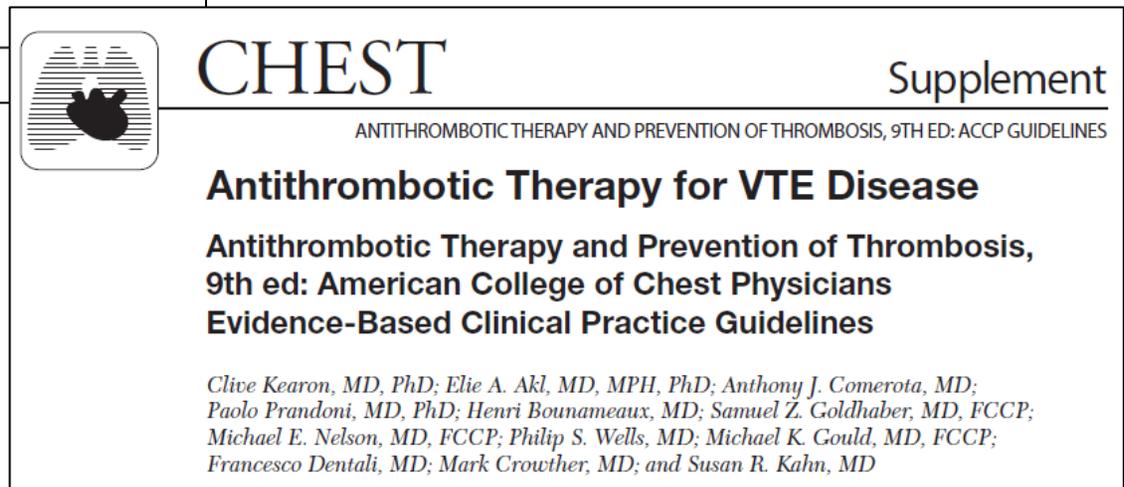
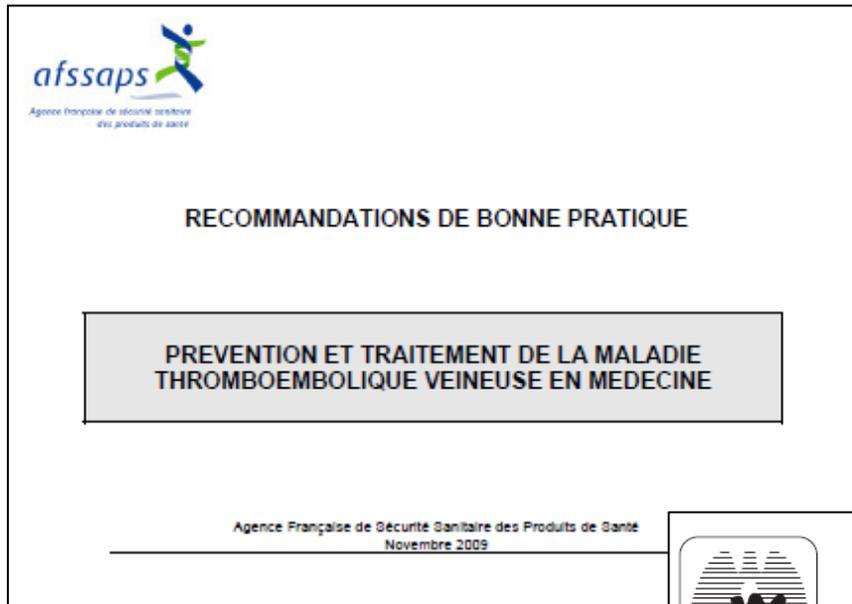
# Liens d'intérêt

**Aucun**

# Recommandations MTEV



# Recommandations MTEV



# 5 Questions

- 1- Quel traitement à la phase aiguë en 2012 ?**
- 2- Quand initier le traitement ?**
- 3- Traitement ambulatoire ou hospitalier ?**
- 4- Faut-il traiter une TVP distale isolée ?**
- 5- Quid ? Filtre cave, alitement, compression,  
TVP asymptomatique, TVP et cancer...**

# 1- Quel traitement à la phase aiguë en 2012 ?

HBPM, fondaparinux > HNF IV ou SC

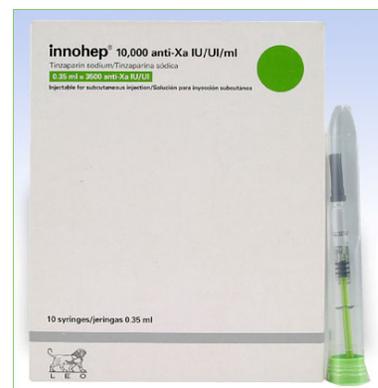
- en cas de fonction rénale normale
- coût, habitude, disponibilité...
- commodité d'emploi
- absence d'adaptation de doses
- réduction du risque de TIH



# 1- Quel traitement à la phase aiguë en 2012 ?

HBPM, fondaparinux > HNF IV ou SC ou **rivaroxaban**

- en cas de fonction rénale normale
- coût, habitude, disponibilité...
- commodité d'emploi
- absence d'adaptation de doses
- réduction du risque de TIH



# Nouveaux anticoagulants dans la MTEV

## Voie orale

### Dabigatran (Pradaxa®)



### Rivaroxaban (Xarelto®)



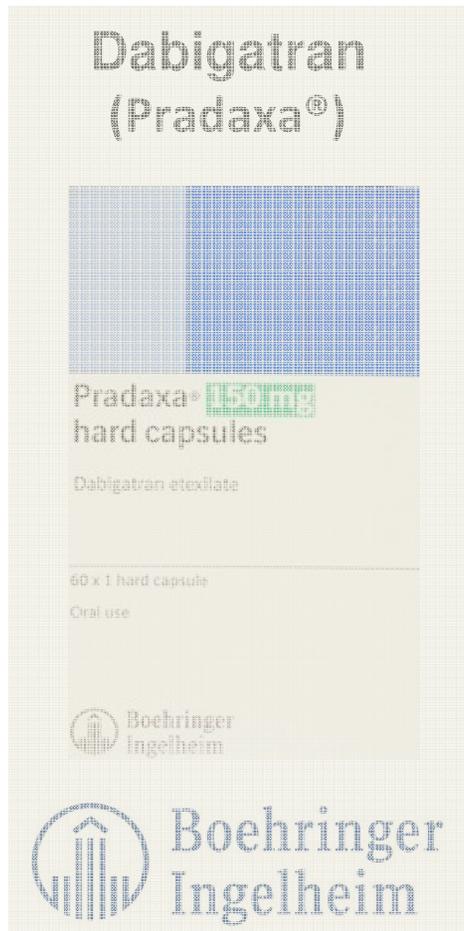
### Apixaban (Eliquis®)



# Nouveaux anticoagulants dans la MTEV

## Voie orale

### Dabigatran (Pradaxa®)



### Rivaroxaban (Xarelto®)



### Apixaban (Eliquis®)



# Rivaroxaban (Xarelto®) dans la MTEV



**Per os, comprimés 15 / 20 mg**

**Inhibiteur du facteur Xa, sélectif et réversible, composant de synthèse**

**Métabolisme hépatique  
(Cytochrome P450 3A4 et/ou P-gP)**

**Demie-vie 7-11h**

**Élimination rénale majoritairement (2/3)**

**Pharmacocinétique linéaire, dose-dépendante et prévisible  
Pas besoin de surveillance biologique de l'efficacité du traitement**

# TVP phase aiguë



**Prévention secondaire de la MTEV  
après TVP aiguë symptomatique**

## **Comparateur**

**Enoxaparine relayée par warfarine (INR entre 2 et 3)**

**Étude de non-infériorité, randomisée, en ouvert  
Population : 3449 patients**

## **Durée de traitement**

**3, 6 ou 12 mois de traitement**

# TVP phase aiguë



Prévention secondaire de la MTEV  
après TVP aiguë symptomatique

## Schéma thérapeutique

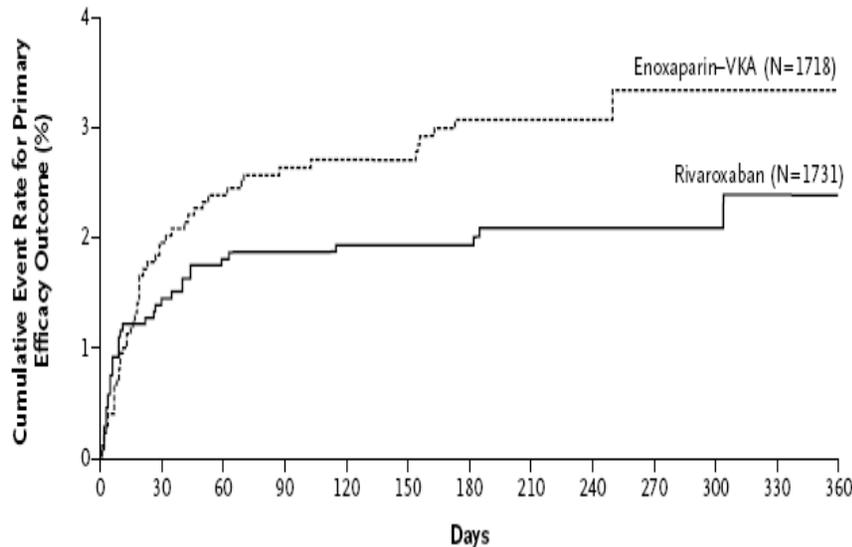
15 mg x 2/j pendant **21 j** matin et soir   
4.97 €/jour

Calcul de la clairance de la créatininémie (Cockcroft-Gault)

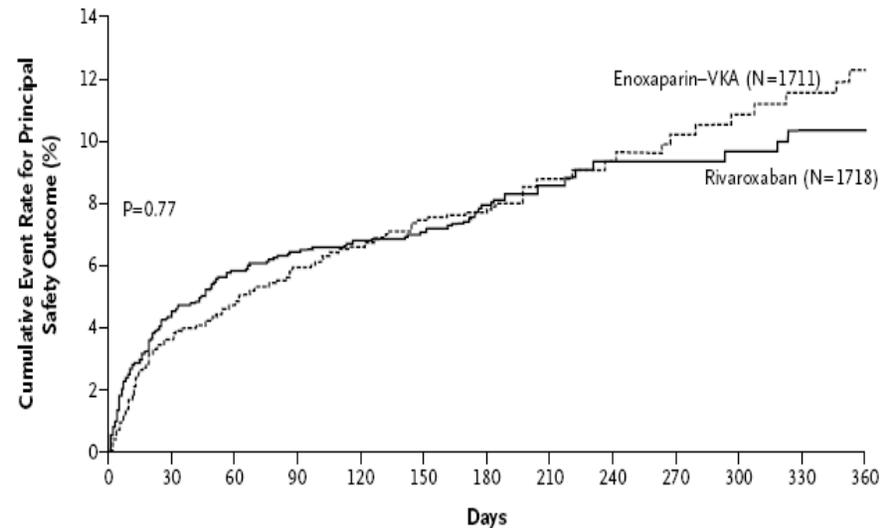
15 mg/j (30 à 49 mL/min) ou 20 mg/j ( $\geq 50$  mL/min)   
2.54€/j à 2.69€/j

Pas d'héparine à l'initiation du traitement

# TVP phase aiguë



**Efficacité (TVP±EP)**



**Tolérance (hémorragie)**

**Rivaroxaban non-inférieur aux AVK sans surcroît hémorragique**

# A lire !



REPUBLIQUE FRANÇAISE

**Point d'information**

Avril 2012

**Les nouveaux anticoagulants oraux (dabigatran et rivaroxaban) dans la fibrillation auriculaire : ce qu'il faut savoir**

**ansm**  
Agence nationale de sécurité du médicament  
et des produits de santé

Rapport thématique

Les anticoagulants en France en 2012 :

Etat des lieux et surveillance

Juillet 2012

## 2- Quand initier le traitement ?

# 2- Quand initier le traitement ?

## Score de WELLS TVP

Caractéristique clinique	Score
Cancer actif	1
Paralysie, parésie ou plâtre des MI	1
Immobilisation récente > 3 jours ou chirurgie majeure < 4 semaines	1
Tension localisée sur trajet veineux profond	1
Tuméfaction de toute la jambe	1
Tuméfaction du mollet avec asymétrie > 3 cm entre les 2 jambes	1
Oedème prenant le godet	1
Circulation collatérale veineuse	1
Diagnostic alternatif $\geq$ TVP	-2
Probabilité élevée (prévalence TVP > 75%)	>3
Probabilité moyenne (prévalence TVP : 17%)	1 à 2
Probabilité faible (prévalence TVP : 3%)	0 à 1

# 2- Quand initier le traitement ?

## Score de WELLS TVP

Caractéristique clinique	Score						
Cancer actif	1						
Paralysie, parésie ou plâtre des MI	1						
Immobilisation récente > 3 jours ou chirurgie majeure < 4 semaines	1						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"><u>Proba forte</u></th> <th style="width: 33%;"><u>Proba moyenne</u></th> <th style="width: 33%;"><u>Proba faible</u></th> </tr> <tr> <td>avant confirmation</td> <td>avant confirmation (si examens &gt;4h)</td> <td>après confirmation (si examens &lt;24h)</td> </tr> </thead> </table>	<u>Proba forte</u>	<u>Proba moyenne</u>	<u>Proba faible</u>	avant confirmation	avant confirmation (si examens >4h)	après confirmation (si examens <24h)	
<u>Proba forte</u>	<u>Proba moyenne</u>	<u>Proba faible</u>					
avant confirmation	avant confirmation (si examens >4h)	après confirmation (si examens <24h)					
Oedème prenant le godet	1						
Circulation collatérale veineuse	1						
Diagnostic alternatif $\geq$ TVP	-2						
Probabilité élevée (prévalence TVP > 75%)	>3						
Probabilité moyenne (prévalence TVP : 17%)	1 à 2						
Probabilité faible (prévalence TVP : 3%)	0 à 1						

# 3- Ambulatoire ou hospitalisation ?

## Traitement ambulatoire recommandé

**Si les circonstances le permettent :**

- **syndrome obstructif sévère, localisation ilio-cave, douleur,**
- **co-morbidités, risque hémorragique, insuffisance rénale,**
- **entourage, autonomie,**
- **facilité de déplacement pour un retour à l'hôpital si besoin**

# 4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

**TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure**

# 4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure



QUESTION N°1

Symptômes sévères ?  
FdR d'extension ?

# 4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure

QUESTION N°1

Symptômes sévères ?  
FdR d'extension ?

Oui

Non

Traitement

# 4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure

QUESTION N°1

Symptômes sévères ?  
FdR d'extension ?

Oui

Non

ED 1x/sem. 2 sem.

QUESTION N°2

Extension prox. ou distale ?

Traitement

# 4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure

QUESTION N°1

Symptômes sévères ?  
FdR d'extension ?

Oui ← Non

ED 1x/sem. 2 sem.

QUESTION N°2

Extension prox. ou distale ?

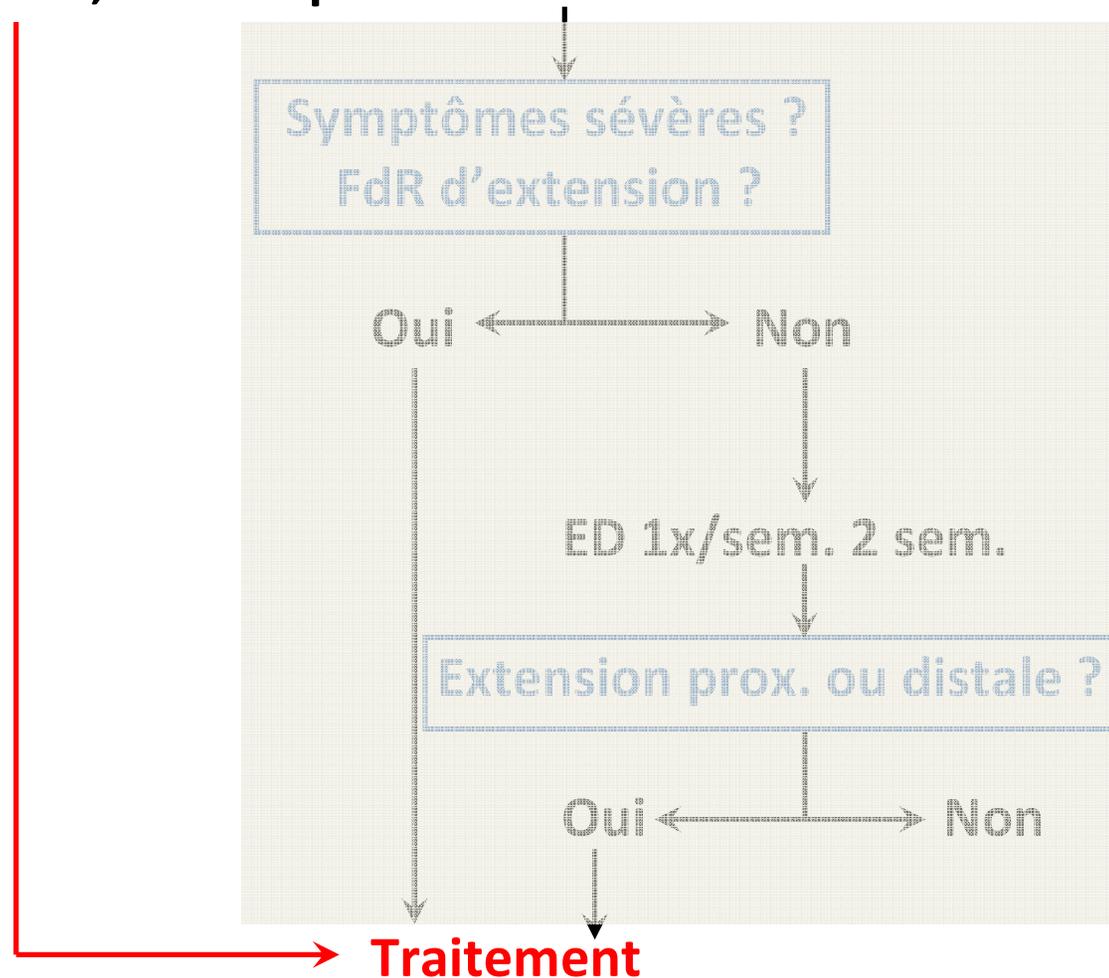
Oui ← Non

Traitement

∅ traitement

# 4- Traitement d'une TVP distale isolée ?

TVP fibulaire, tibiales postérieure ou antérieure



# 5- Quid ?

## Filtre cave

- si CI formelle aux anticoagulants
- récurrence sous traitement bien conduit

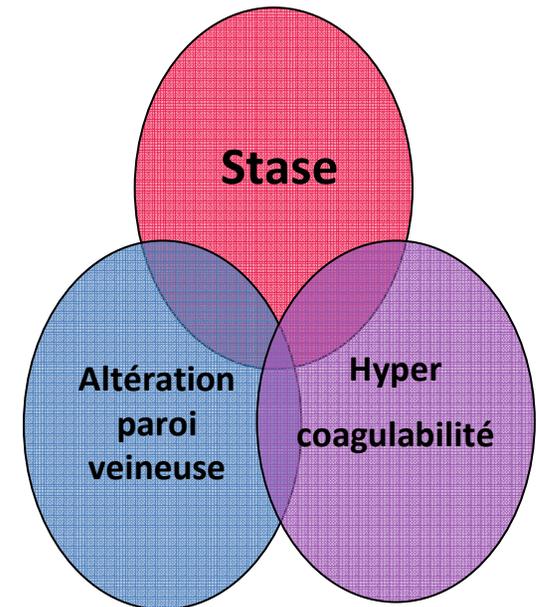
**Pas d'alitement** (sauf douleur/œdème+++)

**Compression** : 30-40 mmHg  $\geq$  2 ans

**TVP asymptomatique** : mêmes modalités / symptomatique

**TVP et cancer** : préférer les HBPM

(Thrombolyse *in situ* ou systémique, thrombectomie)



# Traitement de la TVP en 2012

## Arrivée « des » nouveaux anticoagulants oraux

- respect des indications et précautions d'utilisation
- Eviter le mésusage → complications hémorragiques !
- Relais, antagonisation, péri-opératoire, influence bio, effets indésirables, interactions médicamenteuses...
- rapport bénéfice / risque (thrombose / hémorragie)
- surveillance accrue
- information du patient et du professionnel de santé

# Traitement de la TVP en 2012

## Arrivée « des » nouveaux anticoagulants oraux

- respect des indications et précautions d'utilisation
- Eviter le mésusage → complications hémorragiques !
- Relais, antagonisation, péri-opératoire, influence bio, effets indésirables, interactions médicamenteuses...
- rapport bénéfice / risque (thrombose / hémorragie)
- surveillance accrue
- information du patient et du professionnel de santé

## Traitement conventionnel

- HBPM/fondaparinux
- ambulatoire, pas d'alitement, bas de compression  $\geq 2$  ans

# Merci de votre attention



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



**Inserm**  
U961



[s.zuily@chu-nancy.fr](mailto:s.zuily@chu-nancy.fr)



# Facteurs de risque d'extension

## **Clinique**

Antécédent de MTEV

Cancer actif

FdR non réversibles

## **Biologie**

D-dimères positifs

## **Echographie-doppler**

Longueur du thrombus > 5 cm

Plusieurs veines atteintes

Diamètre max > 7 mm

# Facteurs de risque hémorragiques

## Clinique

Age > 75 ans  
Antécédent hémorragique  
Antécédent d'AVC  
Diabète  
Cancer ± métastatique

## Biologie

Insuffisance rénale  
Insuffisance hépatique  
Anémie  
Thrombocytopénie

## Contexte

Chirurgie récente  
Chutes fréquentes  
Exogénose

## Traitements

Antiplaquettaires  
INR labiles

Risque faible (=0), modéré x2 (=1), élevé x8 ( $\geq 2$ )